PLAIES PÉNÉTRANTES

N° 67.

DE L'ABDOMEN

ET DU TUBE INTESTINAL;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 avril 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LOUIS BODÉLIO, de Calcuta,
(Indes orientales),
Chirurgien de la marine militaire.

Sunt bona, sunt quædam mediocria, sunt mala.
MARTIAL.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	MM.
Anatomie.	CRUVEILHIER.
Physiologie.	....
Chimie médicale.	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	....
Pharmacie.	DEYEUX.
Hygiène.	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Suppléant.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER, *Examinateur.* .... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Président.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Examinateur.*
Briquet.	Martin Solon.
Broncniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux, *Examinateur.*
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AVANT-PROPOS.

Cette question ayant été donnée au concours pour la chaire de pathologie externe, j'ai cru devoir l'adopter comme sujet de thèse par un double motif : 1°. parce que, embarrassé du grand nombre de questions à traiter qui se présentaient à mon esprit, et n'ayant pas de raisons pour préférer l'une à l'autre, je restais indécis sur le choix à faire; 2°. parce que, ayant l'intention de ne traiter qu'un sujet renfermé dans des limites un peu étroites, je ne pouvais en trouver un qui me convînt mieux sous ce dernier rapport. Loin de moi toutefois l'orgueil de vouloir m'élever à la hauteur du mérite des savans candidats

qui ont développé la même question dans les épreuves pour le professorat. Je vais donc, sans autre préambule, entrer en matière, et je tâcherai d'être le plus bref possible dans l'exposition des détails que je présenterai.

PLAIES PÉNÉTRANTES

DE L'ABDOMEN

ET DU TUBE INTESTINAL.

On désigne sous le nom de *plaies de l'abdomen*, des solutions de continuité faites soit aux parois de cette cavité seulement, soit aux organes qui y sont contenus, par des causes qui agissent le plus ordinairement d'une manière mécanique. On les a divisées d'après leur situation, leur direction, leurs dimensions, en *longueur*, *largeur*, *profondeur*, d'après le nombre et la texture des parties affectées, les instrumens qui les ont produites, leur état de simplicité ou de complication, etc., etc.

Les solutions de continuité faites à l'enceinte de l'abdomen doivent être distinguées suivant qu'elles n'intéressent que les parois de cette cavité ou qu'elles pénètrent dans l'intérieur du péritoine. Les anciens attachaient une grande importance à s'assurer de ce point de diagnostic, et pour cela ils recouraient à l'introduction de sondes ou à l'injection de liquides mucilagineux dans le trajet de la plaie ; mais ces moyens, d'un emploi toujours inutile et souvent dangereux, sont abandonnés avec juste raison par les chirurgiens de nos jours.

Les auteurs ont avancé que, pour qu'il existât plaie pénétrante à l'abdomen, il fallait que l'instrument vulnérant, après avoir divisé

les différentes couches des parois du ventre, eût pénétré jusque dans la cavité du péritoine, la lésion du péritoine étant pour eux la condition indispensable de la pénétration. S'il en était rigoureusement ainsi, ne voit-on pas que les plaies, qui intéresseraient certains viscères dans les points où ils ne sont pas tapissés par la membrane séreuse, ne devraient pas être regardées comme telles? Certainement la lésion du péritoine doit être prise en très-grande considération, puisqu'elle constitue souvent presqu'à elle seule la gravité des accidens qui accidens qui accompagnent les blessures de l'abdomen. Mais il me semble qu'on devrait mettre au rang des plaies pénétrantes celles qui affectent la vessie, les reins, le duodénum, le cœcum et le rectum, dans les points où les organes que je viens de dénommer ne sont pas recouverts par le péritoine; les instrumens qui atteignent ces viscères, pénétrant dans l'intérieur des cavités dont ils sont creusés, et donnant issue aux liquides qu'ils contiennent par les plaies qui résultent de l'action de ces instrumens.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen sont accompagnées, comme les solutions de contiuuités des autres cavités du corps, d'une douleur plus ou moins vive, d'une effusion de sang plus ou moins abondante, d'un écartement plus ou moins grand des lèvres de la division, d'une inflammation dont l'intensité varie; elles peuvent de plus être compliqués de la sortie des viscères, de leur lésion, de leur étranglement, etc., etc.

Lorsqu'elles sont simples et sans lésion des organes contenus, elles ne présentent aucune autre indication que celles des autres parties; ce n'est que lorsqu'elles sont fort étendues qu'elles exigent une réunion plus immédiate, afin que la cicatrice fibro-celluleuse, qui fera suite à la solution de continuité, soit le plus étroite, le plus dense, le plus serrée possible; et s'oppose plus efficacement à l'établissement ultérieur des hernies : c'est alors que l'on a conseillé de jeter quelques points de suture sur les lèvres étendues de ces plaies. On choisirait la suture enchevillée, de préférence à celles à points séparés; les bandelettes agglutinatives et un bandage unissant suffisent dans la majo-

rité des cas. On aiderait, du reste, tous ces moyens, par une douce compression, et surtout par une position convenable du tronc et un repos absolu.

Les plaies qui sont compliquées de la présence de l'instrument vulnérant, d'hémorrhagie, de la sortie des viscères, de leur étranglement, soit par suite du gonflement inflammatoire des bords de la division, soit par suite de l'inflammation des organes herniés eux-mêmes, de leur augmentation de volume par une congestion sanguine, par des gaz, par des matières, nécessitent des indications particulières qui seront examinées en temps et lieu.

Si du sang était fourni en grande abondance, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de la cavité péritonéale, par la division des artères qui rampent dans l'épaisseur des parois abdominales, il conviendrait de renverser en dehors la lèvre correspondante de la plaie, et de lier les vaisseaux. Si la plaie était trop petite pour permettre l'exécution de cette opération, il faudrait l'agrandir, sans hésiter, avec le bistouri boutonné, surtout si la compression n'avait donné aucun résultat satisfaisant eût qu'on et lieu de présumer que l'artère épigas-gastrique fût la source de l'hémorrhagie.

Il faut s'empresser de réduire les intestins qui ont fait issue au-dehors à travers les lèvres de la plaie, lorsqu'ils ne sont pas lésés; il faut également les replacer dans le ventre lorsqu'ils n'ont éprouvé qu'une division de quelques lignes, lors même qu'ils seraient rouges, livides et fortement enflammés. La manœuvre par laquelle on les faits rentrer consiste, après avoir fait relâcher le plus possibie les bords de la plaie, à repousser alternativement avec l'extrémité des indicateurs les organes herniés, en commençant par la partie supérieure de la plaie et par ceux qui sont le plus près de cette dernière, ayant soin d'accompagner avec le doigt les viscères jusque dans la cavité péritonéale. Quand la réduction éprouve des obstacles, il faut en rechercher la cause et les lever au plus tôt.

Lorsqu'après avoir réduit les viscères déplacés on se décide à pratiquer la gastroraphie, il faut, quel que soit le procédé dont on fasse

choix, ne pas trop presser les lèvres de la plaie l'une contre l'autre; il suffit de les affronter légèrement. Le gonflement consécutif des parties les mettra plus exactement en contact, et si on ne lui ménageait pas un espace pour se développer, ces parties, en se tuméfiant, réagiraient sur les fils, se couperaient et feraient ainsi manquer l'opération.

Si l'anse intestinale qui fait hernie à l'extérieur était fortement distendue par des gaz, des matières, etc., etc., et que l'opération du taxis ne suffit pas pour faire rentrer les gaz et les matières dans le ventre et rendre la réduction possible, il faut essayer d'attirer au dehors une plus grande quantité d'intestin, afin d'étendre les fluides dans un espace plus considérable, et de faire plus aisément rentrer les parties qui les contiennent. On a conseillé, lorsque ces moyens ne réussissent pas, de piquer le canal intestinal avec une grosse aiguille ou avec un trois-quarts. Si on se décidait toutefois à employer un semblable moyen, je pense qu'on devrait préférer une petite incision faite avec la pointe d'un bistouri à la ponction par le trois-quarts et à l'acupuncture. Du reste, une telle opération étant ou inutile, ou dangereuse, il faut sans perdre un temps précieux recourir à la dilatation de la plaie.

Il ne convient d'avoir recours au débridement que dans les cas où il est positivement indiqué, parce que cette opération est souvent difficile, et que l'agrandissement qui en résulte pour la plaie prédispose aux éventrations. On n'a guère conseillé la dilatation de la plaie que dans les seuls cas où l'intestin serait étranglé; à moins toute fois qu'il ne survînt des accidens qui obligeassent de la pratiquer aussi pour l'épiploon.

Le débridement une fois reconnu nécessaire, il faut se hâter de l'exécuter, à cause des adhérences, qui ont une grande tendance à s'établir. Les incisions que l'on pratique doivent toujours, autant que possible, être dirigées en haut. On aura soin de couper les parties plutôt en pressant qu'en sciant, et surtout de s'éloigner du trajet des vaisseaux. On se servira d'un bistouri boutonné, qu'on devra, toutes

les fois qu'on le pourra, conduire de préférence sur la pulpe de l'indicateur. Si le doigt ne pouvait être introduit dans la plaie, on emploierait la sonde cannelée; et si on ne pouvait glisser cette dernière, ni même un bistouri boutonné entre les bords de la division, à cause de la violence de l'étranglement, il faudrait inciser à petits coups de dehors en dedans jusqu'au péritoine, et réduire aussitôt, en détruisant les adhérences, si elles sont récentes.

En parlant des plaies qui intéressent les intestins, il serait peut-être convenable de dire un mot de la position anatomique de ces organes, puisque c'est d'après sa situation relativement aux parois abdominales que le canal intestinal peut, dans les cas douteux, faire présumer sa lésion dans un point quelconque de son étendue. Je me contenterai d'indiquer que, par leur position superficielle et d'après l'espace plus considérable qu'ils occupent, les intestins grêles sont plus exposés à l'action des agens vulnérans, en exceptant pourtant le duodénum.

S'il est quelquefois difficile de distinguer une plaie pénétrante d'une plaie qui ne l'est point, il est souvent impossible d'établir d'une manière certaine qu'il y a solution de continuité d'un viscère profondément caché, surtout lorsqu'il s'agit de préciser ce viscère, et qu'aucun épanchement ne vient éclairer sur la nature de la blessure. On doit, dans ces cas douteux, se comporter comme si on avait affaire à une plaie pénétrante avec lésion d'un des organes renfermés dans la capacité abdominale.

Les contusions de l'abdomen sans solution de continuité extérieure sont souvent très-graves. Les parties sous-jacentes aux tégumens qui sont demeurés intacts peuvent avoir été divisées, déchirées, et même réduites en bouillie, ainsi que les viscères contenus dans le ventre.

Lorsque la plaie de l'intestin est à l'extérieur, le diagnostic est facile; mais quand elle est profonde et sans lésion des parois abdominales, on l'établira sur les antécédens, sur la nature et la direction de l'instrument, sur la profondeur à laquelle il peut avoir pénétré. Du sang plus ou moins pur sera rendu par les selles; la douleur éprouvée par le blessé suivra le trajet de l'intestin lésé; il y aura issue au de-

hors de gaz ou de matières, s'il y a plaie aux parois du ventre; dans le cas contraire, il existera, peu d'instans après, une tympanite plus ou moins considérable. Enfin on sera éclairé par les symptômes communs à la péritonite et aux épanchemens.

Si la plaie extérieure est large, et que celle de l'intestin laisse échapper les matières qu'il renferme, celles-ci se porteront au dehors au lieu de s'épancher au dedans, surtout si les ouvertures sont parallèles. Si, au contraire, la plaie des parois est étroite, sinueuse, et que celle de l'intestin soit assez étendue, l'épanchement se fera dans la cavité péritonéale. Cependant il arrive souvent que, dans ce cas, la compression exercée par les muscles abdominaux, le diaphragme, par les intestins eux-mêmes et les autres viscères, et que l'interposition de l'épiploon, comme tampon, entre les lèvres de la division, s'opposent à tout épanchement, et que les matières suivent leur route naturelle sans sortir de leurs canaux.

Comme l'épanchement se fait presque toujours dans le voisinage de la plaie extérieure, on devra l'agrandir si sa petitesse était un obstacle à l'écoulement des matières au dehors. On retiendrait l'anse intestinale vis-à-vis de la plaie des parois, au moyen d'un fil passé dans le mésentère. Il faut, dans tous les cas, s'abstenir d'aller dans la profondeur de l'abdomen à la recherche de l'intestin qu'on suppose divisé.

Un intestin ouvert dans une assez grande étendue peut ne pas donner lieu d'abord à un épanchement, parce qu'il peut être vide, que les bords de la division se sont contractés, ou parce qu'une escharre, résultat de l'attrition des lèvres de la plaie, en oblitère l'ouverture. On a observé des blessés chez lesquels l'escharre ne s'est détachée que du quinzième au vingtième jour, et qui ont succombé aux suites d'un épanchement au moment où on les croyait hors de tout danger; tandis que chez d'autres des adhérences salutaires se sont établies, quoiqu'il y ait eu une perte de substance assez considérable de la part des parois intestinales.

D'un côté, les intestins étant constamment soumis, dans tous leurs

points, à une pression douce, uniforme, de la part du diaphragme, des parois du ventre et des autres viscères; de l'autre, la cavité abdominale étant exactement remplie par les organes qui y sont contenus, on conçoit que les épanchemens doivent être souvent nuls, rarement abondans; que l'intestin ouvert puisse se tenir constamment en rapport avec la plaie extérieure, y adhérer; que la matière de l'épanchement puisse se porter directement au dehors. Lors même que les matières épanchées ne s'écouleraient pas à l'extérieur, nous connaissons la grande tendance du péritoine et de ses replis à s'enflammer, à contracter des adhérences, à circonscrire ainsi les corps étrangers et à borner les progrès de l'inflammation.

Lorsqu'une portion plus ou moins étendue d'une anse intestinale est frappée de gangrène, il faut la retrancher avec les ciseaux, et se conduire ensuite comme si tout le calibre de l'organe avait été coupé transversalement par un instrument tranchant.

Dans les plaies transversales de l'intestin, les fibres musculaires longitudinales agissant sur chacun des bouts correspondans, il y a écartement des bords de la plaie, saillie et renversement en dehors de la membrane muqueuse et resserrement des extrémités divisées. Dans les plaies longitudinales les mêmes phénomènes existent, mais ici c'est par l'action des fibres circulaires.

Le prognostic devra être peu grave dans les plaies simples des intestins par instrumens piquans; il le sera davantage dans les plaies par instrumens tranchans, et plus encore dans celles par instrumens contondans; plus ou moins fâcheux selon que la plaie sera superficielle ou qu'il y aura lésion de toutes les tuniques, que la plaie sera longitudinale ou transversale, selon qu'il y aura section partielle ou totale de la circonférence, qu'il n'existera qu'une simple division ou que la blessure sera avec perte de substance, que les lèvres de la plaie seront nettement coupées ou qu'elles seront contuses, déchirées, broyées. Enfin, le prognostic sera très-grave lorsqu'il y aura complication de la blessure par des corps étrangers, rupture de gros

vaisseaux, épanchemens abondans de matières stertorales, lésions d'autres viscères, etc., etc., etc.

Prévenir l'épanchement des matières et les accidens inflammatoires, ou combattra ceux-ci, telles sont les indications que présentent les plaies du tube intestinal. On remplit la première en évacuant l'estomac par la titillation de la luette, et non par l'émétique. Si la partie d'intestin blessée vient se montrer au de hors, il faut la retenir près de l'ouverture extérieure par une anse de fil, pour peu que la blessure ait d'étendue, ou réunir la plaie de l'intestin par la suture.

Je ne ferai que rappeler ici les nombreux moyens qui ont été employés anciennement, pour m'appesantir davantage sur les ingénieux procédés MM. *Jobert* et *Denans;* ils leur sont de beaucoup supérieurs sous le rapport des résultats, qui sont plus prompts et pus surs.

C'est ainsi que, parmi les sutures, on a tour à tour eu recours à celle du pelletier, à celle à anses de *Ledran*, à celle à points passés *de Bertrandi;* que, parmi les différens modes d'invagination, on a mis en usage les procédés de *Rhamdor*, dc *Lapeyronnie*, de *Littre*, *Desault* et *Choppart*, de *Sabatier*, etc., etc.; qu'on a conseillé l'établissement d'un anus anormal, et d'autres moyens encore.

Après avoir balancé les avantages et les inconvéniens de ces diverses méthodes, M. *Jobert* a été conduit à penser que si les procédés employés jusqu'à ce jour n'avaient pas réussi, cela tenait à ce qu'on déterminait par de nombreux points de suture, et par la présence de corps étrangers dans le tube intestinal, l'inflammation de l'intestin et du péritoine, et qu'on ne mettait pas en rapport deux membranes de même nature; qu'il y avait dans l'une une exhalation plastique, et dans l'autre une sécrétion folliculaire, produits morbides peu susceptibles de fournir aux frais d'une cicatrisation résistante et durable. Partant de ces données, il a conçu le premier l'idée de mettre en contact les membranes séreuses, et, après de nombreuses expériences, il est parvenu à démontrer que le seul moyen d'obtenir une réunion solide était d'adosser les séreuses l'une à l'autre.

Différens procédés, fondés sur ce principe, ont été essayés par lui,

et depuis par d'autres praticiens. Ils ont tous pour but de chercher à faire adhérer les parties divisées, au moyen d'une lymphe coagulable sécrétée par la membrane séreuse. Parmi les auteurs qui ont plus ou moins avantageusement modifié la méthode de M. *Jobert*, je citerai MM. *Lembert*, *Cloquet*, *Denans*, etc., etc.

Je ne décrirai pas le manuel opératoire de ces divers procédés. Je dirai seulement que MM. *Lambert* et *Cloquet* ont modifié le procédé de M. *Jobert*, qui n'était réservé qu'aux cas de division complète de l'intestin, de manière à le rendre également applicable à toutes les solutions de continuité de ces organes. Ce procédé réunit les avantages suivans : d'être d'une exécution facile et prompte, d'être applicable à tous les cas de division des intestins, de n'exposer à aucune hémorrhagie, de maintenir la continuité d'une manière si exacte que les gaz même ne peuvent s'échapper, de n'exercer de constriction que sur une très-petite portion de l'intestin, de ne déterminer que l'irritation nécessaire pour produire promptement l'exsudation plastique ; enfin, de ne laisser aucun vice de conformation dans l'intestin qui puisse nuire à ses fonctions, et d'être suivi de guérison en très-peu de jours. Je pense qu'il doit être préféré à celui de M. *Jobert*, à cause de l'absence presque complète de bourrelet dans l'intérieur de l'intestin.

Mais tous ces procédés le cèdent à celui de M. *Denans*, pour l'exactitude avec laquelle les bouts d'intestin sont affrontés, et pour la manière heureuse avec laquelle les rétrécissemens sont évités; car il faut avouer que le procédé de M. *Jobert*, quoique modifié par MM. *Lembert* et *Cloquet*, produit un rétrécissement circulaire qui pourrait par suite occasioner des accidens.

Les soins médicaux consistent à mettre en usage tout l'appareil des moyens antiphlogistiques avec une prompte activité. Un repos absolu du corps et de l'esprit, le relâchement des parois du ventre, une abstinence prolongée de toute substance alimentaire, les opiacés, les fomentations émollientes sur l'abdomen, des bains, des lavemens adoucissans, des saignées locales et générales, proportionnées à la

force du sujet et à l'imminence des accidens, tels sont les moyens à employer. Tout ce qui pourrait exciter les contractions intestinales doit être proscrit; tels que vomitifs et purgatifs. Tout doit être calculé pour maintenir les organes blessés dans le repos le plus complet, pour calmer leur irritation, pour empêcher les congestions vers les parties lésées, pour favoriser la formation de la lymphe plastique et la consolidation des adhérences des intestins, soit entr'eux, soit avec l'épiploon, soit avec les parois abdominales voisines, et surtout pour prévenir la péritonite, etc., etc., etc.

PROPOSITIONS.

I.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen sont remarquables par la facilité avec laquelle elles se compliquent de l'inflammation du péritoine.

II.

La péritonite se développe quelquefois dans les plaies pénétrantes les plus simples et les plus étroites , lors même qu'il n'existe ni épanchement ni lésion des viscères.

III.

L'histoire des plaies pénétrantes de l'abdomen pourrait se réduire à celle de l'inflammation de la séreuse qui tapisse cette cavité splanchnique.

IV.

Les plaies produites par les projectiles lancés par la poudre à canon sont beaucoup plus dangereuses que les plaies qui résultent de l'action des instrumens tranchans.

V.

La péritonite , qui constitue presque tout le danger des plaies du

bas-ventre peut, dans certains cas, devenir un moyen de salut par les adhérences qu'elle détermine.

VI.

Deux choses à considérer dans le phénomène de l'étranglement: les parties comprimées et les parties comprimantes.

VII.

C'est surtout dans les plaies du tube intestinal qu'il convient d'admirer les ressources médicatrices de la nature.

VIII.

Les contusions de l'abdomen méritent la plus grande attention, parce qu'il est souvent difficile de prime abord de reconnaître leur gravité et de prévoir toutes leurs conséquences.

IX.

L'issue de la membrane muqueuse à travers les tuniques péritonéale et musculeuse doit être considérée comme un moyen puissant employé par la nature pour prévenir l'épanchement des matières alimentaires dans l'abdomen.

FIN.